868/11

Den 4. maj 2011 blev i sag nr. 79.029:

xxxx xxxxxxxx
xxxxxxxxxxx x
xxxx xxxxxxxxxxxxx

mod

If Skadeforsikring
Stamholmen 159
2650 Hvidovre

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har heltidsulykkesforsikring i If Skadeforsikring. Hun klager over selskabets behandling af et anmeldt ulykkestilfælde.

Selskabet henviser til, at det har behandlet sagen korrekt og i fuld overensstemmelse med de gældende forsikringsbetingelser.

Klageren (født i 1938) har indbragt sagen for nævnet den 15/9 2010. Sagen har herefter været sat i bero med henblik på sagens behandling i selskabets eget kundeombud. Selskabets kundeombud har siden vurderet, at selskabet har behandlet sagen korrekt. Klageren har herefter på ny anmodet om nævnsbehandling af sagen.

Af klageskemaet, der er underskrevet af klageren den 4/11 2010, fremgår:

"**1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. …**
En del af min have består af en ret stejl skråning som udgør en del af min græsplæne. Under plæneklipning gled jeg, gav slip på plæneklipperen, kunne ikke standse min fart og endte nedenfor skråningen for jeg stoppede mig selv ved at sætte hænderne mod min havepavillon.

2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? …
Blot en ting der burde være en selvfølge. Da jeg tegnede denne forsikring gjorde jeg assurandøren helt klart, at det jeg havde brug for var en forsikring, der dækkede mig her og nu hvis uheldet var ude, og jeg som alenepige fik brug for hjælp i mit daglige liv. Og her dækker forsikringsselskabet sig ind under at den assurandør ikke længere er i selskabet."

Vedlagt klageskemaet har nævnet desuden modtaget det klagebrev, som klageren oprindelig sendte til nævnet i september 2010. Af dette brev fremgår:

"I skrivende stund sidder jeg dybt fortvivlet og føler mig narret og snydt af mit forsikringsselskab.

I år 2002 tegnede jeg en heltids ulykke-privatforsikring og har følt mig tryg ved den - såfremt uheldet skulle være ude-.

Dette skete desværre så den 16. juni i år hvor jeg kom til skade med min højre arm i min have. Jeg søgte - grundet voldsomme smerter - læge dagen efter, og denne indstillede mig til en MR-skanning, hvilken foregik den 17.august. Herefter ringede min læge til mig den 30.august og fortalte at jeg havde fået revet en sene over i skulderen, at han ville sende papirerne videre til det hospital der skulle lave forundersøgelse og operere.

Et par dage efter mit uheld ringede jeg til mit fors.selskab da jeg var nervøs for ikke at få det gjort i tide. Forsikringsmedarbejderen: H. … var både sød, rar og imødekommende selv om jeg jo ikke på det tidspunkt kunne oplyse hvad der var sket med min arm. Noterede min henvendelse og police nr. og sagde jeg bare skulle tage det roligt indtil jeg fik stillet en diagnose.

Da denne kom ringede jeg igen - som aftalt - til forsikringen og gav dem diagnosen samtidig med at jeg oplyste, at jeg nu igen måtte vente på forundersøgelse og operation.

Og igen var H. … sød og trøstende (da jeg har forfærdelig mange smerter) og meddelte mig, at jeg bare skulle lade sagen ligge til jeg var blevet opereret.

Jeg modtog så et brev fra Forsikringsselskabet i lørdags den 11. september, i hvilket de meddeler mig, at jeg kun har mulighed for at få erstatning hvis min skade giver mig varige mén. Ja jeg fik et chok og er dybt fortvivlet, det kan bare ikke være rigtigt, der står intet om varige mén i min police og assurandøren har heller ikke nævnt det, så ville jeg omgående have reageret på det. Jeg har ikke brug for erstatning et år efter min skade (og kun hvis det er varige mén). Nu har jeg gået i næsten 3 måneder med disse voldsomme smerter der har sat mig 'ud af spillet' og jeg har måttet have hjælp til rengøring, hækklipning og plæneklipning m.v. og det har været næsten umuligt at finde penge til den hjælp, da jeg er pensionist og udelukkende kun har min folkepension at eksistere på. Ja, jeg bor i lejebolig og har pligt til at holde mit lejemål i forsvarlig stand.

I min police - som jeg vedlægger i kopi - henvises der til nogle fors.vilkår nr. 63-01 som skulle fremgå af en vedlagt dækningspolice. Undskyld men jeg har aldrig modtaget nogen fors.vilkår hvilket jeg også meddelte H. …, som derefter anbefalede mig at klage til forsikr.selskabets eget kundeombud, men undskyld, jeg har fuldstændig mistet troen på selskabet, og beder derfor Ankenævnet være søde at kigge på mine vedlagte papirer."

Selskabet har i brev af 26/11 2010 til nævnet redegjort for sagen og sin afgørelse således:

"Indklagede nedlægger for Ankenævnet følgende
Påstand:
Klagen kan ikke tages til følge.

Supplerende sagsfremstilling og sagsanbringender:

Sagen omhandler at klager er utilfreds med at vi alene dækker hvis hun får varigt mén efter skaden d.14.06.2010. Klager har ligeledes haft forventning om at få dækket behandlingsudgifter.

Klager har tegnet forsikring hos If d. 01.10.2002, forsikringen blev den gang tegnet med behandlingsudgifter, hvilket omfatter fysioterapi og kiropraktor behandlinger. Ifølge de gældende forsikringsvilkår 63 - 01, punkt 9.6.3., bortfalder denne dækning ved første hovedforfaldsdato efter klagers fyldte 70 år, hvilket er sket pr. 01.10.2008. Dette fremgår også af vores nyhedsbrev til klager af 15.08.2003.

Vi har anerkendt at klagerens eventuelle varige gener er omfattet af klagers forsikringen, men må fastholde at behandlingsudgifter ikke er dækket."

Hertil har klageren i brev af 7/12 2010 til nævnet bemærket:

"Undskyld, jeg har nu læst IFs svarskrift igen og igen. Hvad i alverden er dette for noget ? Jeg har aldrig med eet eneste ord givet udtryk for, at jeg skulle have dækket evt. behandlingsudgifter. Ja jeg er virkelig rystet over at et forsikringsselskab kan tillade sig at komme med en sådan påstand, og vil være dybt taknemmelig hvis Ankenævnet vil udbede sig den påstand skriftligt fra IF.

Det eneste jeg har givet udtryk for overfor selskabet er: at da jeg tegnede den forsikring sagde jeg klart og tydeligt til assurandøren, at det jeg havde brug for var en forsikring der dækkede mig her og nu hvis jeg kom til skade og skulle betale for midlertidig hjælp.

Og ved alt hvad der er mig helligt lover jeg, at havde den assurandør sagt til mig, at denne forsikring kun dækkede hvis jeg fik varige mén havde jeg aldrig tegnet den, og jeg bliver ved at spørge mig selv: var det derfor jeg aldrig fik forsikringsbetingelserne ? var det derfor de ikke blev fremsendt sammen med policen ? Og når jeg spørger til den assurandør der tegnede denne forsikring får jeg bare det svar, at han ikke er i forsikringsselskabet mere. Nuvel men hvad om selskabet så kontaktede ham og spurgte ?

Den verserende klage mod forsikringsselskabet IF handler ene, alene og kun om, at jeg fastholder min aftale med assurandøren, at den forsikring jeg tegnede ene, alene kun skulle handle om, at jeg her og nu skulle have økonomisk dækning således at jeg kunne betale for evt. hjælp hvis det blev nødvendigt.

Jeg ved ikke, om det er nogen hjælp at oplyse, at jeg i 1999 brækkede mit højre håndled, var i gips til skulderen i 6 uger og totalt ude af stand til at foretage mig noget grundet en tilstødende reflexdystrofi. (Ja det var et ubeskriveligt smertehelvede, men værre var at jeg var afhængig af andres hjælp uden at kunne betale for denne hjælp).

Måske vil Ankenævnet med ovenstående oplysning bedre forstå, at det jeg havde brug for og bad om, var en forsikring der dækkede mig her og nu hvis uheldet var ude og jeg fik brug for hjælp.

Som nævnt er jeg dybt rystet over at If kan finde på at komme med en så usand påstand at jeg skulle have krævet behandlingsudgifter dækket, emnet har på intet tidspunkt været omtalt i min kontakt med selskabet."

Herefter har selskabet i brev af 16/12 2010 til nævnet anført:

"Vi skal beklage, at vi umiddelbart har opfattet, at klageren har ønsket, at få dækket evt. behandlingsudgifter.

Dette ændrer dog ikke sagens omstændigheder, idet ulykkesforsikringen ikke dækker udgifter til fx hjælp til havearbejde og rengøring, men alene er tegnet med henblik på erstatning for et evt. varigt

Den pågældende assurandør, som har tegnet forsikringen er ikke ansat hos If længere, hvorfor vi desværre ikke kan få vedkommendes kommentarer til sagen.

Vi mener dog fortsat, at det kundens ansvar at læse forsikringspapirerne igennem, for at sikre, at man har fået det man ønsker.

Vi er selvfølgelig kede af, at vores produkt ikke lever op til kundes forventninger. Men en evt. erstatning for varigt mén, ville jo netop dække disse udgifter og vi skal samtidig gøre opmærksom på, at vi i vores anerkendelsesbrev til vores kunde, har gjort opmærksom på mulighederne for en á conto erstatning.

Klager er velkommen til at indsende en kopi af sin lægejournal, hvorefter vi vil bede vores lægekonsulent tage stilling til, om der kan udbetales et á conto beløb."

Klageren har i brev af 5/1 2011 til nævnet anført:

"IF skriver bl.a., at ulykkesforsikringen ikke dækker udgifter til rengørings- og andre former for hjælp man måtte have behov for når man er kommet til skade.

Undskyld, denne udtalelse forstår jeg - med min bedste vilje - ikke. Det kan ikke være rigtigt, at forsikringsselskabet har nogen som helst kompetence til at blande sig i, hvad forsikringstageren bruger sin erstatning til ? og for mit vedkommende er det sandelig derfor jeg tegnede denne forsikring, for at kunne betale den hjælp jeg var nødsaget til at få. (Og henviser igen til min skade i 1999 hvor jeg var totalt afhængig af andres hjælp og kun kunne betale med en flaske vin eller en æske chokolade) Ja, jeg følte det både pinligt og nedværdigende, og lovede mig selv at den situation ville jeg aldrig mere bringe mig selv i, og derfor tegnede jeg denne forsikring.

Så udtaler fors.selsk., at det er kundens ansvar at læse forsikringspapirerne. Helt enig, og det kan jeg forsikre at jeg også gjorde, ikke en men flere gange, uden at kunne få øje på nogen fælde, og det kan jeg stadig ikke når jeg læser min police igennem, og hvad der står i nogle evt. forsikringsvedtægter fra 2002 ved jeg stadig ikke, da jeg aldrig fik nogen sådanne, og indrømmet: heller aldrig skænkede det en tanke, at jeg skulle have haft nogle.

Undskyld, men jeg bliver mere og mere målløs når jeg læser IFs brev. Først skriver de, at forsikringen ikke dækker udgifter til hjælp, og så skriver de i afsnit 5, at en evt. erstatning jo netop ville dække disse udgifter ? og fortsætter: samtidig skal vi gøre opmærksom på, at vi i vores anerkendelsesbrev har gjort opmærksom på muligheden for en a-conto erstatning.

Undskyld, hvad er dette her for noget ? jeg har aldrig modtaget noget brev fra IF hvor de gør opmærksom på en evt. a-conto erstatning.

Jeg har hermed forsøgt at besvare Deres fremsendte skrivelse så godt og ærligt det er muligt, og såfremt Ankenævnet måtte ønske yderligere oplysninger står jeg naturligvis til rådighed."

Efterfølgende har klageren sendt endnu et brev til nævnet. Af dette brev, der er dateret 1/2 2011, fremgår:

"Under henvisning til tlf. samtale med en af ankenævnets medarbejdere d.d. fremsendes vedlagt de vilkår der var gældende da jeg tegnede min ulykkesforsikring.

Som tidligere nævnt, fik jeg aldrig disse forsikrings-vilkår og skænkede det heller ikke en tanke, jeg havde jo en police.

Jeg har nu i et stykke tid søgt efter et eksemplar af disse vilkår (dækkende det år hvor jeg tegnede min forsikring), og glad blev jeg da en tidligere IF-kunde ringede til mig og oplyste, at han havde originaleks. Af disse vilkår for året 2003.

Jeg har nu fået taget et par kopier og sender en af disse til Ankenævnet.

Ja, jeg er bare så glad for, at jeg nu kan bevise, at jeg i sin tid sagde til den assurandør, at det skulle være en forsikring der dækkede mig her og nu hvis uheldet var ude.

Idet jeg håber den fremsendte vilkårs-kopi også kan være til hjælp for Ankenævnet, står jeg naturligvis stadig til rådighed såfremt jeg måtte kunne være til yderligere hjælp."

Af klagerens forsikringspolice, der er dateret 21/10 2002, fremgår bl.a.:

"Forsikringsvilkår	Almindelige forsikringsvilkår nr. 63-01 og eventuelle særlige vilkår, der fremgår af vedlagte dækningspolice(r).		
…			
Forsikringen dækker:	Invaliditet	kr.	500.000
	Tandskade	almindelig	
	Behandlings udgifter."		

Af forsikringsvilkår nr. 63-01 fremgår bl.a.:

"**6.0 Dækningsomfang / produktdele**
6.1 Grunddækninger
…
6.1.2 Invaliditet

Hvis et ulykkestilfælde, der er dækket af forsikringen, har bevirket, at den forsikrede bliver varigt invalideret, betales erstatning med lige så mange procent af forsikringssummen, som invaliditetsgraden er fastsat til.

6.1.2.1 Invaliditet på under 5% berettiger ikke til erstatning. …

6.1.2.2 Invaliditetsgraden fastsættes på et rent medicinsk grundlag, uden hensyn til en eventuel nedsættelse af erhvervsevnen, tilskadekomnes specielle erhverv eller andre individuelle forhold.

6.1.2.3 Invaliditetsgraden fastsættes på grundlag af de lægelige oplysninger og i overensstemmelse med den méntabel Arbejdsskadestyrelsen benytter på skadetidspunktet.

…

6.1.2.4 Invaliditetserstatningen fastsættes, så snart ulykkestilfældets endelige følger kan bestemmes, d.v.s. når tilstanden er stationær, dog senest 3 år efter ulykkestilfældets indtræden.

Tilstanden betragtes som stationær, når yderligere behandling ikke kan medføre nogen bedring af tilstanden.

6.1.2.5 Retten til invaliditetserstatning anses først indtrådt, når de egentlige helbredsforanstaltninger er ophørt.

…

6.2 Tilvalgsdækninger

…

6.2.2 Behandlingsudgifter

Forsikringen er udvidet til at dække de af forsikrede afholdte rimelige og nødvendige udgifter til fysioterapi- og kiropraktorbehandling i ophelingsperioden.

…

7.0 Forsikringstyper

7.1 Ulykke-heltid

7.1.1 Ulykke-heltid dækker ulykkestilfælde indtruffet såvel i arbejdstid som fritid.

…

9.0 Fællesbestemmelser

…

9.6 Forsikringens nedsættelse og ophør på grund af alder

…

9.6.3 Tilvalgsdækningerne

Tilvalgsdækningerne pkt. 6.2.1 - 6.2.6 bortfalder ved første hovedforfaldsdato efter forsikredes fyldte 70. år.

Samtidig bortfalder tilhørende præmie."

Nævnet udtaler:

Det fremgår udtrykkeligt af den forsikringspolice, som selskabet har udstedt til klageren i 2002, at forsikringsvilkår nr. 63-01 er gældende for forsikringen. Endvidere fremgår det klart af policen, at forsikringen er tegnet med grunddækningen invaliditet og tilvalgsdækningerne tandskade og behandlingsudgifter. Dækningernes indhold er udførligt beskrevet i de omtalte forsikringsvilkår. Hvis klageren - som angivet - ikke fik udleveret forsikringsbetingelserne ved tegningen, hvilket selvsagt er kritisabelt, burde hun selv have rekvireret disse fra selskabet og herved have gjort sig bekendt med indholdet.

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet, at selskabet har behandlet sagen i fuld overensstemmelse med den indgåede forsikringsaftale. Da nævnet ikke finder det bevist, at selskabets assurandør har ydet fejlagtig eller mangelfuld rådgivning i forbindelse med forsikringens tegning, kan nævnet herefter ikke kritisere selskabets afgørelse. Nævnet finder heller ikke i øvrigt grundlag for at udtale kritik af selskabets sagsbehandling.

På den givne foranledning bemærker nævnet, at forsikringsvilkår nr. 63-01 ikke afviger nævneværdigt fra de betingelser, som normalt er gældende for lignende forsikringer i andre selskaber. Endvidere bemærker nævnet, at forsikringsvilkår nr. 63-03, som klageren har fremlagt i forbindelse med nævnsbehandlingen, ikke ses at stille klageren bedre i den foreliggende situation, hvor selskabet jo allerede har anerkendt ulykken som dækningsberettigende.

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til et andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

J. Hermann

udskriften bekræftes

Henning Jønsson